

Oslo, 1. juli 2023

Høringssvar fra Skandinavisk isolasjonsnettverk

Høring om forslag om endring i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel)

Innhold

1.	Om Skandinavisk isolasjonsnettverk	2
2.	Om høringssvaret	2
3.	Generell merknad om involvering av de berørte	3
4.	Isolasjonsbegrepet I: Tidskriteriet for innlåsning	4
5.	Isolasjonsbegrepet II: Sosial meningsfull kontakt	7
6.	Retten til fellesskap	10
7.	Isolasjon «etter eget ønske»	12
8.	Langvarig isolasjon.....	13
9.	Spytthette.....	15
10.	Behovet for lengre klagefrist på vedtak	17
11.	Om helsetilsyn	19
11.1	Behovet for lovfesting av og bedre rutiner for helsetilsyn ved isolasjon	19
11.2	Behovet for å styrke beskyttelsen av innsatte i sikkerhetscelle/sikkerhetsseng	22
11.3	Behovet for lovfesting av rutiner for varsling.....	24
11.4	Tilsyn og oppfølging tar ressurser fra ordinær helsehjelp.....	29
12.	Behovet for kunnskap for å forebygge isolasjon og isolasjonsskader.....	30
13.	Behovet for digital inkludering og informasjon om rettigheter	32



1. Om Skandinavisk isolasjonsnettverk

Skandinavisk isolasjonsnettverk ble etablert i 2014 som et skandinavisk forsknings- og kunnskapsnettverk, og administreres fra Institutt for kriminologi og retts sosiologi ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo. Nettverket har som målsetting å bidra til økt kunnskap og et kritisk fokus på den omfattende bruken av isolasjon i skandinaviske fengsler og problemene denne medfører. SI ønsker derfor alle endringer som reduserer bruk av, samt skader eller krenkelser ved, isolasjon velkommen.

SI samler forskere fra samfunnsvitenskapelige, juridiske, humanistiske, medisinske, psykologiske og helsefaglige disipliner, relevante profesjonsgrupper og praktikere, fanger og pårørende, samt rettspolitiske, menneskerettslige og rettshjelpsaktører og frivillige organisasjoner i Skandinavia.

En rekke av våre medlemmer og organisasjoner/aktører tilknyttet Skandinavisk isolasjonsnettverk har denne våren arbeidet med og avgitt svar i høringen. Skandinavisk isolasjonsnettverks styringsgruppe har gitt ulike bidrag inn i dette arbeidet, og vurderte det som tilstrekkelig. På bakgrunn av spørsmål og henvendelser mot slutten av høringsperioden, så vi det likevel som nødvendig å gi noen avklaringer gjennom høringsuttalelse. Vi takker departementet for innvilgelse av forespørsel om utsatt frist.

2. Om høringssvaret

Vi vil ikke kommentere alle deler av høringsnotatet. I stedet vil vi løfte og kommentere noen av problemområdene, for å utfylle de kritiske innvendingene i følgende høringsuttalelser:

Advokatforeningen, Anders Løvlie, Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund, Barneombudet, Bergen kommune, Borgarting lagmannsrett, Den norske legeförening, Dommerforeningens fagutvalg for menneskerettigheter, Domstoladministrasjonen, Institutt for psykologi, NTNU, JURK - Juridisk rådgivning for kvinner, Jussbuss, Jussgruppen Wayback, Kirkens Bymisjon - Gatejuristen og Ung rettshjelp, Kriminalomsorgens høgskole og utdannings senter KRUS, Krom - Norsk forening for kriminalreform, Mental Helse, Norges Røde Kors, Norsk psykologforening, Rettspolitisk forening, Rådet for psykisk helse, Tilsynsrådet for kriminalomsorgen region vest, Tilsynsrådet for Kriminalomsorgen region sør, Åsane videregående skole, samt Helsedirektoratets høringssvar som gjelder frarådning av bruk av spyttehette.

Høringssvaret er utarbeidet av Skandinavisk isolasjonsnettverks styringsgruppe med innspill fra medlemmer i nettverket. Styringsgruppa består av prof. Peter Scharff Smith, advokat Marit Lomundal Sæther, jurist og høgskolelektor Isabelle Aarvik og stipendiat Marte Rua.

Svaret er tematisk inndelt, hvor hver del inneholder en bakgrunn med begrunnelse for avsluttende anbefalinger. Sidetall i parentes uten annen kilde viser til høringsnotatet.

3. Generell merknad om involvering av de berørte

Vi vil berømme Justis- og beredskapsdepartementets (JD) umiddelbare respons på vår henvendelse av 15.05.2023 om manglende involvering av fengslede i høringen, samt på vår henvendelse av 16.06.2023 om mangler i implementeringen av departementets instruks om høring i fengslene. Vi vil likevel si noe om bakgrunnen for disse henvendelsene, som begrunnelse for våre nedenstående anbefalinger til senere høringer og endringsprosesser.

Begrunnelse: Dagens fortolkninger og praksis rundt brukermedvirkning

Det er bred enighet i Norge om at endringsprosesser blir bedre av å involvere de berørte, noe som viser seg i institusjonaliserte ordninger for dette på en rekke samfunnsområder og på tvers av offentlige sektorer og nivåer. Det er derfor av prinsipiell og samfunnsmessig betydning å reflektere over hva som gjør at det til nå ikke er kommet på plass gode ordninger som sikrer at innsatte tilkjennes sine demokratiske og helserettslige rettigheter, på lik linje med andre, i endringsprosesser som angår dem.

Staten bærer et særlig ansvar for å beskytte mennesker mot krenkelser og umenneskelig behandling, og deres rettigheter og interesser, når de oppholder seg i institusjoner hvor det er gitt vide fullmakter til maktbruk og inngripende tvangsmidler. Staten bør derfor legge spesielt stor vekt på å la dem som utsettes for disse maktmidlene få anledning til å gi sitt syn på dem, og lytte til hva de har å si. Her er de innsatte dessuten en viktig ressurs og kilde til læring for myndighetene, med sin erfaringsbaserte kunnskap og sitt engasjement for forbedringer. Involvering av innsatte og andre marginaliserte grupper i endringsprosesser, representerer også positive muligheter for anerkjennelse og mestring i et rehabiliteringsperspektiv. Den vil dessuten være i tråd med allmenne politiske prinsipper for demokratisk deltakelse og brukermedvirkning, og de innsattes individuelle rettigheter som borgere etter rettighetsprinsippet¹. Den vil også være i tråd med Mandela-reglene, som blant annet ber om at større utviklinger knyttet til fengselslovene formidles til alle innsatte².

Vi viser for øvrig til Sivilombudets anmodning på dette området (punkt 3. s. 5 og 6 i ombudets uttalelse i høringen).

Anbefalinger

JD bør utarbeide klare retningslinjer og rutiner for departementene og direktoratene, som sikrer at innsatte i norske fengsler får anledning til å uttale seg i endringsprosesser som berører dem. Slike retningslinjer må ta hensyn til, og beskrive tilretteleggingsløsninger for, hindrene for slik demokratisk deltakelse som særskilt gjelder for frihetsberøvede i fengsel.

¹ Vedeler, G. H. (1973). Frihetsstraffens innhold – betraktninger om fangers rettigheter og fengslets forpliktelser. *Lov og Rett*, 31-46.

² Se bl.a. PRI, 2018. *Guidance Document on the Nelson Mandela Rules*. OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR) and Penal Reform International (PRI), s. 95.

For å oppnå dette målet, bør invitasjon og høringsnotat i fremtidige høringer gis på papir til medlemmene av kontaktutvalgene lokalt i Kriminalomsorgen. Det er fordi de som tillitsvalgte representerer de innsatte som gruppe lokalt, der til dels store variasjoner mellom fengslene på ulike områder gir ulike lokale erfaringer, som igjen innebærer ulike konsekvenser ved endringer av nasjonale føringer. Kontaktutvalgene som lokalt tillitsapparat utgjør dessuten fangerepresentasjon som ikke kan erstattes av organisasjoner som arbeider for innsattes interesser generelt.

Et eksemplar av invitasjon og høringsnotat bør også gjøres tilgjengelig på papir i fellesområdene i alle avdelinger, og på oppslagstavler i avdelinger uten fellesskap/fellesområder, slik at den enkelte kan få kjennskap til sin mulighet til å uttale seg uavhengig av vedkommendes relasjon til avdelingens tillitsvalgte, eller til annen form for representasjon via bruker- og pasientorganisasjoner. Dette fordi de innsatte har svært begrenset tilgang til sosiale og redaksjonelle medier, informasjon fra bruker- og pasientorganisasjoner, og ikke minst til internett og relevante nettsider.

Retningslinjene må sørge for at innsatte som ønsker å benytte retten til å uttale seg, får tillatelse til å bruke PC-ene som fengslene har til utlån. I tillegg må restriksjoner på tilgang til høringssidene på internett heves i høringsperioden, slik at de innsatte har lik tilgang på høringsdokumentene og kan levere høringssvar slik alle andre kan. Fristen de innsatte får, bør være i rimelig tid og følge gjeldende regler for høringer.

4. Isolasjonsbegrepet I: Tidskriteriet for innlåsning

Skandinavisk isolasjonsnettverk har arbeidet over mange år for å skape forståelse for hva isolasjon er og kan lede til. Vi er bekymret for at dagens ulike tolkninger av definisjoner for isolasjon kan bidra til, eller brukes som grunnlag for, å øke mengden av innlåsning i norske fengsler. Vi vil derfor klargjøre hvordan vi mener ulike isolasjonsdefinisjoner bør tolkes og hvilke konsekvenser vi oppfatter at bør følge av det.

Begrunnelse: Fortolkninger på feltet

Det finnes ulike definisjoner av «isolasjon». Definisjonene åpner for diskusjon om hvordan de skal operasjonaliseres i lovtekst, retningslinjer, statistikk og for rettsikkerhets- og kontrollformål.

En mye brukt beskrivelse av isolasjon er «å være innelåst store deler av døgnet». Europarådets torturovervåkningskomité, CPT, legger vekt på *separasjonen fra andre innsatte*, eller nærmere bestemt: fra fangefellesskapet, i sin definisjon:

The CPT understands the term solitary confinement as meaning whenever a prisoner is ordered to be held separately from other prisoners. A prisoner subject to such a measure will usually be held on

*his/her own; however, in some States he/she may be accommodated together with one or two other prisoners, and this section applies equally to such situations.*³

Sivilombudet definerer isolasjon slik⁴: «[...] situasjoner hvor innsatte er innelåst på en celle store deler av døgnet, på grunn av sikkerhets- eller kontrollhensyn, etter eget ønske, eller på grunn av bygnings- og bemanningsmessige eller andre forhold i fengselet.»

Også definisjonen i FNs Mandela-regler er mye brukt. Her sier regel nr. 44 følgende: «For formålet med disse reglene skal isolasjon referere til innesperring av fanger i 22 timer eller mer i døgnet uten meningsfull menneskelig kontakt. Langvarig isolasjon skal referere til isolasjon for en tidsperiode på over 15 påfølgende dager.» (vår oversettelse). Vi vil understreke at definisjonen i regel nr. 44 er gitt med tanke på *hvordan den skal tjene formålet med reglene*, som blant annet er å regulere krav til gjennomføring av isolasjon og hva slags isolasjon som skal være tillatt og ikke etter påfølgende regel, det vil si regel nr. 45.

Definisjonen har videre sitt utspring i ulike internasjonale prosesser for utviklingen av kunnskapsbaserte forbedringer av de menneskerettslige standardene på området, som for eksempel Istanbulklæringen (2007)⁵, som igjen bygger på et utvalg anerkjent forskning på isolasjonens skadelige virkninger på fysisk og psykisk helse. I denne forskningen er definisjonen i stor grad brukt som et inklusjonskriterium i datainnsamlingen etter vitenskapelige standarder for forskning. Enkelt sagt hviler altså Mandela-reglenes definisjon i stor grad på kriterier som av ulike hensyn og formål er satt for datainnsamling i forskningsprosjekter. Dette betyr likevel ikke at forskning ikke finner skadelige virkninger av å være innlåst i mindre enn 22 timer i døgnet uten sosial meningsfull kontakt. Tidsgrensen for innlåsing som definisjonskriterium, kunne derfor vært satt et annet sted. I Mandela-reglene er tidsgrensen satt av hensyn til formålet med reglene.

Hvorvidt situasjoner eller bestemte fengslingsforhold oppfattes som isolasjon eller ikke, påvirker hvilke rettslige bindinger og handlingskrav som oppfattes som relevante. Begreper er dermed sosiale konstruksjoner med høyst reelle konsekvenser. Et eksempel på det, er at innlåsing i store deler av døgnet som resultat av normaldagen i ulike avdelinger norske fengsler, og uten vedtak, ikke ble oppfattet som isolasjon i Kriminalomsorgen før torturkomiteene til Europarådet (CPT) og FN (CAT) påpekte at praksisen var å betegne som «faktisk isolasjon» etter besøk i norske fengsler i 2018, og en serie med domstolsavgjørelser fastsatte det samme i 2019 (omtalt på s. 37 og 38).

³ The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, (CPT), 21st General Report of the CPT, 10. november 2011, CPT/Inf (2011) 28. Det følger av definisjonen at dublering/samsitting må regnes som isolasjon i tilfeller der det ikke er tilgang på fellesskap utenfor cellen.

⁴ i *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler*, Dokument 4:3 (2018/19), s. 16.

⁵ The Istanbul Statement on the Use and Effects of Solitary Confinement, Adopted on 9. December 2007 at the International Psychological Trauma Symposium, Istanbul. Se også Smith, P. S. (2008). Solitary confinement: An introduction to the Istanbul statement on the use and effects of solitary confinement. *Torture*, 18(1), s. 56-62.

Et annet illustrerende eksempel er fra samme tid: Kriminalomsorgsdirektoratet tok i bruk en informasjonsserie utviklet av Skandinavisk isolasjonsnettverk som skadereduserende tiltak i alle fengsler fra 2019⁶. Serien består av en hovedbrosjyre til isolerte, med informasjon om vanlige stressreaksjoner ved isolasjon og råd for å håndtere dem. I tillegg er det brosjyrer rettet mot hhv. ansatte, pårørende og advokater med råd om hvordan belastningene av isolasjon kan avhjelpes. Tittelen på hovedbrosjyren er formulert slik: «ISOLERT - Til deg som sitter innelåst på cella i 22 timer eller mer». Årsaken til at vi la til Mandela-reglens definisjon, var at den gjeldende oppfatningen av isolasjon i Kriminalomsorgen på den tiden ellers ville innebære at mange i målgruppa ikke ville blitt gitt brosjyren. Ansatte brukte til vanlig nemlig «isolert» som betegnelse på varetektsfengslede som var isolert ved domstolbeslutning etter straffeprosessloven § 186 a. Ved å knytte Mandela-reglens definisjon til overskriften «ISOLERT», ville vi sikre at også innsatte som var isolert under andre vilkår mottok brosjyren, som også de naturligvis hadde behov for. Det vil si dem som er utelukket fra fellesskapet, plassert i sikkerhetscelle mer enn et døgn som tvangsmiddel, isolert «etter eget ønske», eller på grunn av bygnings- og bemanningsmessige eller andre forhold i fengselet, med eller uten vedtak.

Forståelsen av begrepet «isolasjon» har altså variert og utviklet seg over tid også i norsk straffegjennomføring som praksisfelt og juridisk regulert samfunnsområde, noe som viser seg både i hverdagen i fengslene og i høringsnotatet. Økt forståelse er en positiv endring, men vi ser også noen fallgruver i forståelsen av begrepet i høringsnotatet som vi vil advare mot.

Vi viser til høringsnotatet s. 49: «Ingen innsatte skal være helt isolert. Forslaget til § 17 annet ledd om at alle innsatte daglig skal sikres minimum to timers meningsfylt kontakt med andre personer, er ment å gjelde også for innsatte på SHS»

Vi vil presisere at *to timers meningsfylt kontakt med andre personer faktisk innebærer å være isolert etter Mandela-reglene*. Videre finnes ikke total og absolutt isolasjon, uten noen som helst kontakt med andre, i noen fengsler og har sannsynligvis heller aldri gjort det (Rua og Smith, 2019). Samtidig er isolasjon som «utelukkelse fra fellesskapet» bare en av flere former for isolasjon. Her kan det synes som at departementet overfører begrepet «helt utelukket» til «helt isolert», noe som etter vårt syn ikke er en god bruk av begrepet og bør unngås.

Det er likevel positivt at det foreslås å legge til et nytt annet ledd i strgfjl § 17 (s. 144): «Alle innsatte skal daglig sikres tilgang til minimum to timers meningsfylt kontakt med andre personer». Vi vil presisere at selv om denne rettighetsfestingen kan redusere skadevirkninger av isolasjon, vil ikke to timer meningsfylt kontakt være et *isolasjonsbrytende* tiltak. Risiko for skadevirkninger av isolasjon vil her måtte regnes som den samme som før.

Skandinavisk isolasjonsnettverk er bekymret for at tolkninger av Mandela-reglens tidsgrense i isolasjonsdefinisjonen kan brukes som grunnlag for å holde innsatte innlåst i stor grad og nært opp til

⁶ Se <https://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/aktuelle-saker/2019/isolert.html>

tidsgrensen som er satt. Vi vil derfor advare mot å tillegge minimumsgrensen i tidsaspektet i Mandela-reglens isolasjonsdefinisjon for stor vekt.

Vi vil også advare mot muligheten for å tolke Mandela-reglene i motsatt retning enn de er tenkt, det vil si som en rettferdiggjøring av mer innlåsing av f.eks. ressurs hensyn, slik forslaget til ny § 17 nå synes å åpne for.

Anbefalinger

Straffegjennomføringsloven § 17 bør inneholde en formulering som klart markerer at loven ikke åpner for forståelser av at to timer sosial meningsfull kontakt er en øvre eller tilfredsstillende grense for sosial meningsfull kontakt.

Begrepet «helt isolert» bør ikke brukes i det videre.

5. Isolasjonsbegrepet II: Sosial meningsfull kontakt

Definisjonene av isolasjon som FN og Europarådet benytter seg av, legger vekt på menneskelige aspekter, det vil si fraværet av sosial meningsfull kontakt («meaningful human contact»), og ikke på materielle forhold ved cellene, slik som tilgang på TV osv.⁷

Spørsmålet er dermed hvordan begrepet «sosial meningsfull kontakt» skal tolkes og operasjonaliseres – hva skal regnes som «meningsfylt sosial kontakt»? Hvem skal kunne tilby kontakten i to timer per dag for at rettigheten til den ved isolasjon skal være innfridd? Og hvem skal stå for kontakten i mer enn to timer for at det skal kunne regnes som isolasjonsbrytende sosial meningsfull kontakt?

Begrunnelse: Fortolkninger på feltet

The Essex Expert Group, en ekspertgruppe som har utredet nettopp hva «sosial meningsfull kontakt» må bety ut fra menneskerettslige standarder, påpeker at kontakten må gi de stimuli som er nødvendige for menneskets velvære, noe som innebærer en empatisk utveksling og vedvarende, sosial samhandling. Kontakten må være direkte, kontinuerlig og innebære en ekte dialog. Kontakt i forbindelse med utdeling av mat, post eller medisiner, eller roping mellom celler, regnes dermed ikke som meningsfull menneskelig kontakt.⁸ Psykologen og isolasjonseksperten Craig Haney hevder at «normal, direkte og menneskelig» kontakt i det minste må bety kontakt som ikke er formidlet eller forstyrret av ting som stengsler, sikkerhetsglass eller skjermer. Meningsfull kontakt er ifølge Haney kontakt med andre i en sammenheng

⁷ Rua, M. og Smith, P. S. (2019). Kapittel 1. Isolasjon – et fengsel i fengselet. I M. Rua og P. S. Smith (red.), *Isolasjon – Et fengsel i fengselet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 20.

⁸ Penal reform international, PRI (2017). *Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules*, pp. 88-89. URL: <https://rm.coe.int/16806f6f50>

som gir tilgang til målrettede aktiviteter av felles interesse eller konsekvens, og ekte sosial samhandling og engasjement med andre.⁹

Ifølge Essex-gruppa kan kontakten gis av fengselets eller eksternt personale, individuelle fanger, familie, venner eller andre – eller en kombinasjon av disse.¹⁰ Denne tolkningen er imidlertid omdiskutert. CPT vektlegger som nevnt *separasjon fra fangefelleskapet* som et sentralt aspekt ved isolasjonen i sin definisjon. Innen psykologien og samfunnsfagene, regnes ikke sosial kontakt med profesjonelle og med mennesker i samme situasjon det er naturlig å ha kontakt med (medinnsatte i denne sammenhengen) som likeverdig eller sidestilt, men heller som noe det bør skilles mellom. Selv om samtaler for eksempel med betjenter og ansatte fra sosial- og helsesektoren, eller fra religiøse eller frivillige miljøer kan være positivt og oppleves som meningsfullt, vil i alle tilfelle sosial samhandling med profesjonelle ansatte aldri kunne erstatte ikke-profesjonelle relasjoner til andre mennesker i og utenfor fengsel.¹¹ En person kan oppleve kontakten for eksempel med en fengselsbetjent eller en prest som meningsfull, men dette vil ikke gjelde for alle.¹²

Den enkelte må selv få definere hvilken sosial kontakt som oppleves meningsfull

Hans Jørgen Engbo, jurist og tidligere fengselsleder i den danske Kriminalforsorgen, påpeker på sin side klart og tydelig at det ikke kan være opp til staten å bestemme hva som skal oppleves som sosial meningsfull kontakt for den enkelte, men at dette må være opp til den innsatte selv å få definere:

Det må understreges, at man i et demokratisk samfund ikke – hverken i fængslerne eller i det frie samfund – kan arbejde med en statsautoriseret standard for meningsfuld menneskelig kontakt. Det ville indebære en form for totalitarisme. Begrebet må anvendes meget konkret ud fra det enkelte menneskes aktuelle forudsætninger og behov i den sammenhæng, hvori begrebet inddrages. En bestemt kontakt – eller en bestemt kontaktform – kan være meningsfuld for A, men meningsløs for B, og den kan være meningsfuld i én bestemt sammenhæng, men meningsløs i en anden sammenhæng.¹³

Her kan det legges til at enhver har rett til respekt for sitt privat- og familieliv, etter EMK artikkel 8. Det omfatter retten til å danne relasjoner med andre.

Dette betyr ikke nødvendigvis at det er mulig eller ønskelig at den innsatte gis rett til å bestemme hvem som skal tilby sosial kontakt. Med formålet om å redusere isolasjon og skader av isolasjon, og mest mulig

⁹ Craig, Haney (2018). «Restricting the Use of Solitary Confinement», i *Annual Review of Criminology* Vol 1, 2018, s. 286-287.

¹⁰ *Essex paper 3*, s. 89.

¹¹ Rua, M., og Smith, P. S. (2019). 1. Isolasjon - et fengsel i fengselet. I M. Rua og P. S. Smith (red.), *Isolasjon – Et fengsel i fengselet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 22.

¹² Avsnitt er i stor grad en gjengivelse av utgreiingen om begrepet i Rua og Smith, 2019, s. 21-22.

¹³ Engbo, H.J., 2019: «Normalisering og isolation» i Rua og Smith (red.), *Isolasjon – et fengsel i fengselet*, Cappelen Damm Akademisk, s. 220.

sosial kontakt som hjelper på situasjonen ved at den oppfattes som meningsfull, bør imidlertid isolerte innsattes ønske om hvem de vil ha kontakt med innhentes og så langt det er mulig møtes.

Ønsket om innholdet i den sosiale meningsfulle kontakten, hvorvidt ønsket er imøtekommet og en utfyllende begrunnelse dersom ønsket evt. ikke imøtekommes bør videre registreres. Dette for å kunne gi et best mulig tilbud til den enkelte, sikre internkontroll og av hensyn til den innsattes klageadgang og generelle rettssikkerhet. Det vil også bidra til å kvalitetssikre arbeidet med å få den enkelte innsatte ut av isolasjon spesielt og tiltakene for å redusere isolasjon generelt. Det vil dessuten være i tråd med dagens praksis og prinsipper hva gjelder involvering av dem som er berørt av offentlige tiltak på andre samfunnsområder, som for eksempel den individuelle retten til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3. Ikke minst bør dette gjelde for dem som utsettes for tvangsmidler og andre svært inngripende maktmidler som isolasjon (se punkt 3.).

Kontakt via skjerm

Det følger av velbegrunnede, anerkjente, samt empirisk og teoretisk velfunderte fortolkninger på feltet at kontakt gjennom skjerm ikke kvalifiserer til å anses som «sosial meningsfull kontakt».

Kontakt med pårørende og venner (inkl. medfanger) via skjerm kan naturligvis være et viktig og positivt supplement for den enkelte, og kan ikke minst også være til barnets beste der den fengslede også er en foresatt. Slik kontakt vil også være i tråd med EMK art. 8 (retten til respekt for privatliv og familieliv), som beskytter retten til å ha kontakt med pårørende og venner. Vi vil likevel presisere at kontakt via skjerm verken kan sidestilles med, eller erstattes av, sosial kontakt der de involverte er fysisk til stede i samme rom (og uten sikkerhetsglass mellom seg, se over).

Vi mener derfor at denne formuleringen i høringsnotatet er svært uheldig: «*Kontakt med lyd og bilde på digitale plattformer, slik som f. eks. videosamtaler ved bruk av nettbrett, kan også bidra til å sikre meningsfylt kontakt*» (s. 128).

Det er blant annet god grunn til å frykte at denne fortolkningen vil kunne utnyttes til å erstatte kontakt med personer gjennom fysisk tilstedeværelse med kontakt via nettbrett ol.. Sistnevnte tiltak er langt mindre kostnadskrevenne enn bemanningen det krever å tilby fellesskap med medfanger eller kontakt mellom isolerte og ansatte i mindre grupper eller en-til-en. Den ovennevnte formuleringen vil dermed kunne bidra til mer isolasjon, og ikke mindre, særlig under dagens prekære ressursituasjon i Kriminalomsorgen.

Anbefalinger

Justis- og beredskapsdepartementet bør pålegge Kriminalomsorgen gjennom forskrift å journalføre isolerte innsattes ønske om innholdet i den sosiale meningsfulle kontakten, hvorvidt ønsket er imøtekommet og en utfyllende begrunnelse dersom ønsket evt. ikke imøtekommes.

I forbindelse med nytt annet ledd i strgf. § 17, bør det presiseres at kontakt med lyd og bilde på digitale plattformer ikke kan telles med i de to timene med sosial meningsfull kontakt som de innsatte skal sikres.

6. Retten til fellesskap

Skandinavisk isolasjonsnettverk stiller seg bak høringssvarene nevnt i punkt 1 som påpeker manglene ved at lovforslaget åpner for å låse innsatte inn i opptil 20 timer i døgnet uten å fatte vedtak.

Begrunnelse: Verdien av sosialt fellesskap

Sosial meningsfull kontakt, fellesskap med andre og meningsfulle aktiviteter har gjennom evolusjon utviklet seg til å bli et primærbehov på lik linje med mat, søvn, varme og nærhet, og har ifølge nyere hjerneforskning en direkte effekt på hjernen livet gjennom.¹⁴ Sosial interaksjon er viktig i så stor grad at den er helt «nødvendig for hjernens utvikling og for den fysiske og psykiske helsen»¹⁵. Risikoen for fysisk og psykisk sykdom og skade ved for lite tilgang på sosial meningsfull kontakt er velkjent. Det vil variere fra person til person hvilke og hvor sterke stressreaksjoner en innsatt får av for lite sosial meningsfull kontakt under innlåsning, hva som er for lite for den enkelte, og hvor lang tid det tar før stressreaksjoner melder seg eller utvikler seg til mer alvorlige isolasjonsskader. Det vil også variere etter hvilke andre belastninger vedkommende på isolasjonstidspunktet står i, og ikke minst: hvor lenge isolasjonen varer. Her nevner bl.a. Mandela-reglene de særlig sårbare gruppene personer med mental eller psykisk funksjonsnedsettelse inkl. psykisk syke, gravide og barn.

Vi frykter at lovforslaget kan lede til at 20 timer innlåsning i døgnet som normaldagsregime oppfattes, og i praksis aksepteres, som en tilstrekkelig norm dersom det ikke stilles klarere krav til oppfyllelse av lengre normaldag/anledning til tid utenfor cella.

Forslaget til nytt tillegg i § 17 er dessuten for lite forpliktende og vil ikke endre på dagens kritiske og kritiserte situasjon («*Kriminalomsorgen skal arbeide for at innsatte kan tilbringe åtte timer utenfor cellen hver dag*».)

Dette gjør Kriminalomsorgen allerede, men under meget dårlige forutsetninger. I formuleringen er det dessuten høyst uklart hvem som er forpliktet til å gjøre hva, og de åtte timene utenfor cella omtales kun som en mulighet («kan» ikke «skal», selv om unntak som følge av sykdom eller behov for å trekke seg tilbake bak ulåst dør oa. selvsagt må være mulig). Formuleringen egner seg heller ikke for operasjonalisering til etterprøving for eksempel gjennom internkontroll og offentlig tilgjengelig

¹⁴ Akil, H. (2019). «The Brain in Isolation. A Neuroscientist's Perspective on Solitary Confinement» i Lobel, J og Smith, P.S. (eds.) *Solitary Confinement: Effects, Practices and Pathways Towards Reform*. Oxford: Oxford University Press.

¹⁵ Akil, H. (2019). «The Brain in Isolation». I Lobel, J. og Smith, P. S. (eds.) *Solitary Confinement: Effects, Practices, and Pathways toward Reform*, s. 199.

dokumentasjon. Med dagens ressursituasjon vil formuleringen kun befeste problemene som Sivilombudet i den særskilte meldingen har påpekt rundt for lite fellesskap og aktivitet, og alle de negative individuelle og samfunnsmessige følgene av dette på kort og lang sikt.

Sist har Skandinavisk isolasjonsnettverk i den senere tid fått informasjon som tyder på at det fortsatt er innsatte som har krav på fellesskap, men likevel holdes i faktisk isolasjon i avdelinger uten fellesskap, i noen tilfeller over uker og måneder, på grunn av bygnings- og bemanningsmessige forhold og dermed uten hjemmelsgrunnlag. Dette er i så fall i strid med Kriminalomsorgens instruks¹⁶ som fulgte etter en serie med domstolbeslutninger i 2019 og som ble utløst av Borgarting lagmannsretts kjennelse LB-2019-113010 (også omtalt på s. 39 høringsnotatet). Det bør etter vårt syn innføres bedre internkontroll på dette området, inkludert bruken av bygnings- og bemanningsmessige forhold som grunnlag for utelukkelse i situasjoner som ikke er akutte.

Det er positivt at det foreslås hyppigere rapportering til regionalt nivå i ny § 37 e. Rapporteringen vil imidlertid ikke kunne gi oversikt over reelle isolasjonsforløp for den enkelte innsatte, slik den beskrives på s. 90: «Denne informasjonen bør i utgangspunktet kunne gis i statistisk form (dvs. uten navn på innsatte). En slik praksis antas å kunne gi regionen et godt grunnlag for å ha oversikt, følge med på utviklingen, og fange opp eventuelle tegn på en uheldig utvikling».

Formuleringen er imidlertid uklar i forhold til om «varigheten av utelukkelsene» peker hen mot varigheten av vedtaket, varigheten av isolasjon etter flere vedtak på samme hjemmelsgrunnlag, eller varigheten for isolasjonen samlet sett fra den begynte. Dette siste punktet er viktig, ettersom svært mye isolasjon foregår i kjeder av ulike vedtak, som gir ulike former for isolasjon med ulike hjemmelsgrunnlag. En innsatt vil i dag for eksempel først kunne bli umiddelbart og kortvarig utelukket, eller satt i sikkerhetscelle, for så å bli fullstendig utelukket for å opprettholde ro, orden og sikkerhet, deretter delvis utelukket, og deretter igjen være isolert som følge av å bli sittende på avdeling uten fellesskap i påvente av plass på fellesskapsavdeling. Det er *lengden på hele isolasjonsforløpet* som er av betydning her, både med tanke på risiko for skade og dermed for internkontrollen. *Første dag i isolasjon*, uavhengig av om hjemmelsgrunnlaget og «isolasjonsregimet» da var det samme som det er ved rapporteringstidspunktet, bør derfor danne grunnlaget for rapporteringen til regionen dersom formålet med lovendringene skal oppnås.

Under foreslår vi også en mer inngående rapportering om *årsaker* til mye innlåsing eller avstand fra målene om fellesskap enn i dag. Uten slik rapportering og internkontroll, vil verken problemene eller løsningene i

¹⁶ «Rettspraksis fra norske domstoler vedrørende isolasjon av innsatte og varetektsfradrag», KDIs brev til regionene av 10.09.2019, ref. nr. 201410430-286. Se særlig dette avsnittet: «Dersom slik dagsorden ikke kan etableres i en bestemt avdeling, kan avdelingen kun benyttes for innsatte som er besluttet helt utelukket etter straffegjennomføringsloven av grunner som må tilskrives forhold på innsattes side, og der innsatte er ilagt fullstendig isolasjon av retten etter straffeprosessloven. Dersom det i rene utelukkelsesavdelinger befinner seg innsatte som har krav på fellesskap, må enheten sikre at vedkommende innsatte får det, eventuelt umiddelbart flytte innsatte til en avdeling som kan tilby daglig fellesskap.»

de enkelte fengslene bli synlige verken for Kriminalomsorgens ledelse, politisk ledelse, Stortinget, andre bevilgende myndigheter, andre aktører på feltet eller offentligheten. Dette er verken de innsatte, Kriminalomsorgen eller samfunnet for øvrig tjent med.

Anbefalinger

Retten til fellesskap og meningsfulle aktiviteter må rettighetsfestes gjennom straffegjennomføringsloven. Det bør være et mål at denne retten settes til 12 timer i døgnet, mens et minimumskrav bør være 8 timers fellesskap og meningsfulle aktiviteter.

Rapportering etter ny § 37 e bør ta utgangspunkt i den enkelte innsattes *første dag i isolasjon*, uavhengig av om hjemmelsgrunnlaget og «isolasjonsregimet» da var det samme som det er ved rapporteringstidspunktet.

Kriminalomsorgsdirektoratet bør gjennom forskrift gis i oppgave å innhente og vurdere kvartalsvise rapporter på tilgangen til fellesskap/mengden av innlåsning fra hvert fengsel etter hhv. 4, 8 og 12 timers-målet, hvor det går fram hvordan ledelsen, ansattrepresentantene og kontaktutvalgene i de lokale enhetene vurderer årsakene til eventuell avstand til målsatte timeantall, og hva de mener skal til for at avvikene skal tettes.

7. Isolasjon «etter eget ønske»

Også «utelukkelse etter eget ønske» innebærer risiko for skadelige stressreaksjoner. Skandinavisk isolasjonsnettverk mener at det bør stilles klarere handlingskrav ved denne formen for isolasjon, dersom den skal kunne reduseres. Slike krav bør innebære plikt til å undersøke, dokumentere og iverksette egnede tiltak lokalt, samt klar plassering av ansvar på høyere nivå dersom situasjonen ikke kan løses lokalt.

Begrunnelse: Betegnelsen «etter eget ønske» og Kriminalomsorgens ansvar

Begrepet «utelukkelse etter eget ønske», ofte omtalt som «frivillig isolasjon», er en uheldig konstruksjon. Betegnelsene gir inntrykk av at isolasjonen er noe den innsatte ønsker eller har valgt selv, og derfor selv har ansvar for. Det er det ikke i alle tilfeller. Tvert imot er det i mange tilfeller forhold utenfor den innsattes kontroll, og som Kriminalomsorgen har et ansvar for og kan påvirke, som er årsaken til behovet for å frastå fra fellesskap eller unngå samvær med andre innsatte.

Ofte kan det være snakk om at den innsatte velger isolasjon av frykt for mulige konsekvenser av å omgås med andre. Det er særlig personer dømt for seksualforbrytelser som ofte vil velge en slik løsning. Men også andre grupper av såkalte «utsatte innsatte» kan se selv-isolasjon som nødvendig av sikkerhetsmessige årsaker, for å unngå overgrep og trusler fra andre innsatte. Særlig er LGBTQIA2S+-personer ekstra utsatt for isolasjon som beskyttelse mot vold eller trusler fra andre innsatte. Det kan også være snakk om at den innsatte har vanskeligheter med å reintegrere seg i fellesskapet etter langvarig ufrivillig isolasjon. Isolasjon kan nemlig ofte fungere selvforsterkende, ved at innsatte etter en periode med isolasjon besluttet av

fengselet eller domstolen, havner i en negativ spiral og fortsetter å isolere seg selv når vedkommende får tilbake tilgangen til fellesskap. Innsatte kan også finne det vanskelig å delta i fellesskap som følge av psykiske lidelser, som det også er stor fare for at forsterkes ved isolasjon.¹⁷

Skandinavisk isolasjonsnettverk støtter at kravene til å utarbeide tiltaksplan for tilbakeføring til fellesskapet skal gjelde også for innsatte «som avstår fra fellesskapet etter eget ønske» (forslag til § 37 d tredje ledd annet punktum). Vi mener imidlertid det er nødvendig at det stilles flere og klarere handlingskrav for å møte de spesielle utfordringene som er knyttet til denne isolasjonsformen.

Anbefalinger

Kriminalomsorgen bør pålegges gjennom forskrift å undersøke og journalføre årsaken til selvisolasjonen. Det vil si: både hva den innsatte selv oppgir som grunn, og hva ansatte ved avdelingen eller fengselet oppfatter at er grunnen dersom det er ulike syn på dette.

Kriminalomsorgen bør pålegges gjennom forskrift å journalføre hva den innsatte ser for seg som ønskelig løsning for å kunne komme ut av isolasjonen, eller for å kunne ha mer enn to timer sosial meningsfull kontakt under isolasjonen, hvorvidt ønsket er imøtekommet og en utfyllende begrunnelse dersom ønsket evt. ikke imøtekommes.

Dersom årsaken til isolasjonen ikke kan fjernes, f.eks. i tilfeller av frykt for eller faktiske voldstrusler og liknende, må det rettighetsfestes en frist for når den innsatte skal kunne overføres til annet fengsel dersom vedkommende ser denne løsningen som ønskelig og formålstjenlig. Fristen bør være kort, og langt kortere enn de tre månedene som, uvisst av hvilken grunn, settes som en grense for langvarig isolasjon i dagens forslag.

Regionalt nivå må gjennom forskrift pålegges å sikre at et annet fengsel i regionen gir plass i slike tilfeller, av hensyn til nærhetsprinsippet og kravet om å unngå isolasjon som ikke er forholdsmessig.

8. Langvarig isolasjon

Langvarig isolasjon (mer enn 15 dager) utgjør en betydelig helserisiko og bør forbys. Det er positivt at departementet foreslår å korte ned maksimal tidsgrense for utelukkelse som følger av forhold ved fangen fra dagens grense på ett år. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig begrunnet hvorfor departementet fraviker klare, langvarige og velbegrunnede internasjonale menneskerettslige anbefalinger på feltet; en maksimal tidsgrense på 15 dager.

¹⁷ Se Rua, M., Smith, P. S., Horn, T., og Nilsen, J. F. (2019). «2. Isolasjon i skandinaviske fengsler - en oversikt». I M. Rua og P. S. Smith (red.), *Isolasjon - Et fengsel i fengselet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 70-71.

Begrunnelse

Høringsnotatet bærer preg av å mangle statistikk over langvarige utelukkelse og en ufullstendig beskrivelse av skadevirkningene av langvarig utelukkelse. Under drøftingen av langvarig utelukkelse i punkt 11.7.2 savnes en henvisning til de alvorlige helserisikoene som staten utsetter fanger for ved langvarig isolasjon. Den alvorlige helserisikoen utgjør hovedårsaken til behovet for å sette en kort maksimal tidsgrense.

Høringsnotatet mangler en henvisning til flere vesentlige og alvorlige helsemessige konsekvenser ved langvarig isolasjon. Videre mangler en beskrivelse av hvor raskt alvorlige helsemessige konsekvenser kan oppstå for den enkelte. Ved fastsettelse av en maksimal grense for varighet er det essensielt at det ses hen til hvilket tidspunkt staten står i fare for å påføre fangen alvorlig helseskade. Departementet har ikke beskrevet hvorfor forslaget om tre måneders tidsgrense anses som forsvarlig hensett den alvorlige helserisikoen som oppstår etter langt kortere tid. I høringsnotatet beskrives heller ikke det faktum at isolasjon ikke er psykisk eller fysisk trygt for noen. De nevnte manglene medfører at vurderingen av ulempene for fangen holdt opp mot de hensynene utelukkelsen skal ivareta, blir svak.

Det er uklart hvorfor departementet mener at Fengselslovutvalgets foreslåtte frist på fem + fem dager, alternativt Mandela-reglens frist på 15 dager, vil være illusorisk når fristen ses i sammenheng med muligheten for at regionen beslutter forlengelse når det foreligger særlige omstendigheter.

Det er problematisk at departementet åpner for tidsubestemt isolasjon i unntaksbestemmelsen. Dette må særlig ses i lys av at høringsnotatet bærer bud om at unntaksbestemmelsen forutsetningsvis vil benyttes overfor fanger med psykiske lidelser. Departementet refererer til utagerende og «vanskelige» fanger med psykiske lidelser som ikke nødvendigvis får den helsehjelpen de trenger, som begrunnelse for at tidsgrensen ikke kan settes kortere enn til tre måneder og kan forlenges ved særlige omstendigheter. Vi minner om at Mandela-reglene sier at isolasjon av psykisk syke fanger skal være forbudt. I departementets forslag synes ikke dette hensyntatt overhodet. Tvert imot legges det opp til at fanger med psykiske lidelser utgjør en særskilt gruppe som skal kunne isoleres på ubestemt tid.

Det er bekymringsfullt at departementet skriver at det ved utformingen av reglene må «tas i betraktning at kriminalomsorgen i mange tilfeller ikke har de virkemidlene som trengs for å kunne integrere den innsatte i et fellesskap» under henvisning til at Kriminalomsorgen ikke råder over innsattes tilgang til helsetjenester. Dersom utfordringen i praksis er at psykisk syke innsatte ikke får psykisk helsehjelp må Norges samlede menneskerettslige forpliktelser overfor denne gruppen innsatte vurderes i sin helhet. Det er ikke tilfredsstillende at Kriminalomsorgen får hjemler til isolasjon som står i et svært problematisk forhold til Norges menneskerettslige forpliktelser, under henvisning til at psykisk syke fanger ikke får hjelp i helsevesenet.

Anbefalinger

Isolasjon av psykisk syke fanger må forbyes. Unntaksbestemmelsen bør formuleres langt snevrere enn departementets forslag. Dersom det innføres en unntaksbestemmelse bør det gis fri rettshjelp til domstolsprøving av vedtaket.

9. Spytthette

Innsatte som er, er i ferd med å bli eller har vært isolert, vil av åpenbare grunner også være i faresonen for å bli utsatt for bruk av spytthette. Dette relativt nyinnførte maktmiddelet mangler god begrunnelse og utredning, samtidig som det er meget inngripende og innebærer stor helse- og livsfare for kvelning og død.

Begrunnelse: Forståelser av spytthette og deres konsekvenser

Vi legger til grunn den risikoen for liv og helse ved bruk av spytthette som bl.a. er forklart og dokumentert i andre høringsvar, og utdyper ikke dette videre.

Ansatte i Kriminalomsorgen har behov for å kunne beskytte seg mot spytting. Visir og skjold var tilgjengelig spyttskyttelse for å dekke dette behovet før såkalt «spyttskytter» ble tatt inn i strgjfl. § 38 i 2021, og er det fortsatt. I debatten om innføring av spytthette som tvangsmiddel og beskyttelsesmetode for ansatte, er det til nå imidlertid ikke gitt overbevisende argumenter for hvordan det er nødvendig i konkrete situasjoner, til tross for den godt forklarte og dokumenterte høye faren for liv, helse og krenkelser ved bruk av maktmiddelet.

Helt konkret, er det slik at påføring av spytthette krever kontroll/inkapasitering av den innsattes hender, føtter og hode i forkant. Når denne kontrollen er oppnådd, vil ansatte ha anledning til å ta på seg spyttskyttelse dersom denne allerede ikke er tatt på, frem til ansatte vurderer det trygt å slippe kontrollen på hender og føtter og la den innsatte sette eller reise seg opp i sittende/stående posisjon. Dette innebærer at behovet for spytthette opphører i det øyeblikket den innsatte er under kontroll og hetten skal træs over hodet på vedkommende.

Spytthette er også unødvendig som forebyggende tiltak. I situasjoner der det anses som å være risiko for spytting ved interaksjon med innsatte når man er i samme rom eller gjennom åpen dør eller luke, er det fullt mulig for ansatte å bruke visir og/eller skjold.

Vi vil for øvrig presisere at begrepet «spyttskytter» er lite treffende, og kan bidra til å tilsløre maktmidlets karakter og effekt. Begrepet «spyttskytter» kan, når det brukes om hette som træs over hodet på den innsatte for å beskytte andre for spytt, forveksles med spyttskyttelsen som Kriminalomsorgens ansatte benytter som beskyttelse i situasjoner der det anses å være fare for spytting (visir og skjold). Dette er forvirrende. ,

Hetten har også en helt annen effekt på den innsatte som har den på, enn spyttbeskyttende visirer og skjold har på ansatte. Å bli trukket en hette over hodet med fysisk makt i en allerede konfliktfylt og vanskelig situasjon, er ikke det samme som å ta på seg beskyttelse selv. Begrepet «spyttbeskytter» gir derimot inntrykk av at disse to tingene er det samme.

«Spyttbeskytter» som betegnelse underkommuniserer at det er et maktmiddel, og hvor inngripende det er. I det hele tatt bør ikke en betegnelse for et maktmiddel som i så stor grad innebærer fare for liv, helse og krenkelser for den som utsettes for det, ha ordet «beskyttelse» i seg. «Spytthette» er et langt bedre dekkende begrep. Betegnelsen er mer dekkende og gir en mer gjenkjennelig beskrivelse av stoffet som træs over hodet på den innsatte. Den peker også langt klarere henimot at det her er snakk om at den innsatte får trædd på seg en hette for at andre skal beskyttes fra spytt.

Vi vil anmode departementet om å ta advarslene mot spytthette i denne høringen fra blant andre KRUS, Advokatforeningen, Helsedirektoratet og Rettspolitisk forening på høyeste alvor og dermed til følge i lovforarbeidet i det videre.

Sist, men ikke minst, vil vi understreke at departementet bør tillegge særlig vekt at undervisningspersonell ved Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssteder KRUS, inkludert instruktører i maktanvendelse som testet spyttheten og senere skulle undervise aspiranter og ansatte i bruken av den¹⁸, uttrykte sterk bekymring for farene for liv og helse i forbindelse med innføringen av maktmiddelet.¹⁹ Videre har undervisningspersonell ved KRUS i ettertid av innføringen av spytthetten kritisert regjeringen for å ha brutt utredningsplikten²⁰, og frata fengselsbetjentene nødvendig informasjon både for å kunne vurdere hetten ut fra et riktig kunnskapsgrunnlag og for å vite hvor alvorlig skade de potensielt sett kan risikere å påføre et annet menneske.²¹

Anbefalinger

Adgangen til bruk av spytthette må forbys/tas ut av straffegjennomføringsloven.

Bruken av betegnelsen «spyttbeskyttelse» bør opphøre, til fordel for begrepet «spytthette» eller tilsvarende²².

¹⁸ <https://www.dagbladet.no/nyheter/frykter-spytthetta-kan-ta-liv/73354788>

¹⁹ <https://www.advokatbladet.no/nyheter-strafferett/vi-ma-ikke-tillate-spytthette/157440> og <https://rett24.no/articles/spytthette-er-et-potensielt-dodelig-tvangsmiddel>

²⁰ <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/5689v6/kampen-om-spyttemaske-er-ikke-over>

²¹ <https://forskersonen.no/juridiske-fag-kriminalitet-kronikk/kampen-om-spyttemaske-er-ikke-over/1760770>

²² Ansatte ved KRUS benytter for eksempel betegnelsen «spyttemaske».

10. Behovet for lengre klagefrist på vedtak

Det gis i dag altfor kort klagefrist til at de innsatte skal kunne ha reelle muligheter til å ivareta sine interesser og rettigheter. Praksisen foreslås videreført i forslaget til lovendring. Rettssikkerheten ved vedtak om isolasjon må i stedet styrkes gjennom forbedret klageadgang og lengre frist, slik internasjonale overvåkningsorganer har påpekt (se s. 12).

Begrunnelse: Årsaker til at innsattes klagefrist er for kort og truer deres rettssikkerhet

Det er svært vanskelig å se gode grunner til at klagefristen er og fortsatt skal være på 7 dager for vedtak etter strgjfl. § 7 bokstav e, og 48 timer ved reaksjon etter strgjfl § 40. Opprettholdelsen av den korte fristen er heller ikke begrunnet i høringsnotatet. Samtidig gjengir departementet der CPT og CATs påpekning av at klagefristen bør utvides for innsatte som utelukkes (s. 12).

En rekke forhold tilsier at innsatte både bør tilkjennes lengre frister enn i dag, og lengre frister enn de tre ukene som tilkjennes vanlige borgere ved offentlige vedtak etter forvaltningsloven § 29 første ledd.

Det skyldes for det første velkjente trekk ved fangebefolkningen på gruppenivå som i seg selv tilsier hindre for selv å kunne ivareta sine rettigheter og interesser: kort skolegang/lav utdanning, svært lavt lesenivå blant en betydelig andel, språkvansker blant utenlandske eller flerkulturelle innsatte, og stor utbredelse av nevropsylogiske tilstander eller lærevansker som påvirker evnen til konsentrasjon, lesing og skrivning (dyslesksi, ADHD osv.)²³. Alt dette gir samlet og hver for seg dårlige kår for *den byråkratiske kompetansen* som skal til for selv å ivareta egen rettsikkerhet, det vil si innsikt og kunnskap om forvaltningen, sosiale ferdigheter og evne til å argumentere og fremstille sin sak i tråd med regelverkets praktisering²⁴.

For det andre skyldes det velkjente og utbredte effekter av isolasjon, som problemer med konsentrasjon, hukommelsessvikt, apati, søvnløshet, depresjon og andre emosjonelle og kognitive stressreaksjoner som kan påvirke evnen til å argumentere og fremstille sin sak²⁵.

²³ Se blant annet Rasmussen, K., R. Almvik og S. Levander (2000), «ADHD in prisoners: an unfavourable index of criminal careers and a forensic challenge.» *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 47; Rasmussen, K., R. Almvik og S. Levander (2001), «Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population.» *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186–193; Asbjørnsen, A. E., Manger T. og Jones L. Ø (2007): *Innsatte i Bergen fengsel: Leseferdigheter og lesevansker*. Rapport. Bergen: Fylkesmannen i Hordaland.

²⁴ Jessen, J. T. (2010) Forvaltningen og brukerne. I Bay, A.H., Hatland, A., Hellevik, T. og Koren, C. (red.) *De norske trygdene. Fremvekst, forvaltning og fordeling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

²⁵ Se blant annet Smith, P. S. (2006). «The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature». *Crime and Justice*, 34(1), s. 441-528; Smith, P. S., og Koch, I. (2019). 4. Isolationsens følger - fra 1800-tallet til i dag. I M. Rua og P. S. Smith (red.), *Isolasjon - Et fengsel i fengselet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

For det tredje kan ikke den innsatte selv lete opp rettskilder og annen relevant informasjon til en klage slik andre kan, ettersom tilgangen på PC og internett er svært begrenset for innsatte i norske fengsler (se punkt 13 under).

For det fjerde skyldes det organisatoriske forhold og rutiner i fengslene som i seg selv stjeler verdifull tid i en klageprosess, og gjør det vanskelig å nå rettshjelpere tidsnok til at de kan behandle henvendelsen innen fristen. Det stilles for eksempel krav i enkelte fengsler til at vedtak og henvendelser til rettshjelpere sendes på papir per post, og kun på en eller få spesielle ukedager hvor frimerker er til salgs i fengselet.

I vurderingen av klagefristens lengde, bør det dessuten tillegges særlig vekt at personer som er frihetsberøvet og underlagt inngripende makt- eller tvangsmidler er i en situasjon som i seg selv burde tilsi utvidet og tilstrekkelig klagefrist. Ikke minst ettersom maktmidlet i seg selv kan påvirke personens evne til å ivareta egen rettssikkerhet negativt. Dette tilsier at straffegjennomføringsloven burde angi *lengre* klagefrister enn forvaltningsloven, og ikke kortere slik det er i dag.

Det er ikke tilstrekkelig at forslaget til § 7 bokstav e annet punktum innebærer at det presiseres at klagefristen etter § 7 bokstav e første punktum over vedtak om utelukkelse fra fellesskapet eller bruk av tvang ikke utløper så lenge den aktuelle utelukkelsen eller tvangsbruken pågår. Her er det et sentralt moment i saken at vedtak om isolasjon som skyldes forhold ved den innsatte selv, kan medføre ytterligere negative konsekvenser for eksempel for senere vurderinger av permisjon og prøveløslatelse. Den innsatte bør derfor gis tilstrekkelig tid og anledning til å sende klage/merknader også *etter* at isolasjonen opphører.

Ved bruk av makt og tvang bør ikke klagefristen starte å løpe før inngrepet har opphørt. For eksempel er det ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern slik at klage kan fremsettes så lenge innleggelsen varer. Slik burde det også være i alle andre tvangssaker. I tillegg viser blant annet praksiserfaringer til forsvarsadvokater at opplevelsen av inngrepet kan variere over tid. Noen opplever isolasjonen som grei eller glede over at den har opphørt i dagene etter, men får likevel en reaksjon eller et nytt syn på saken etter en tid. Da er det ugreit hvis klagefristen har gått ut. Vi er her usikre på om Kriminalomsorgen praktiserer klagebehandling selv om fristen har løpt ut i slike saker, men mange innsatte vil uansett la være å klage når det i vedtaket står en frist som man har oversett.

At klagefristen skal være kort for å gi rask saksbehandling av hensyn til den innsatte selv, er ikke et godt argument. Lengre klagefrist vil ikke forhindre den innsatte i å klage raskt dersom vedkommende ønsker det. Her bør behovet den innsatte har for å kunne utarbeide en klage veie tungt. Innsatte kan dessuten gis lengre klagefrist uten at det betyr at Kriminalomsorgen ikke skal pålegges å gi raskt svar.

I tillegg til at innsatte bør tilkjennes samme frist som det som er vanlig for alle andre til å klage inn vedtak i saker som berører dem, bør det legges til tid for å kompensere for vansker med å ivareta egen rettssikkerhet som følge av i) lav byråkratisk kompetanse, ii) isolasjonens virkninger og iii) dårlig tilgang på informasjon og/eller iv) praktiske hindre for å motta rettshjelp og v) forsinkede reaksjoner på isolasjonen.

Det er vanskelig å bestemme hva som er tilstrekkelig tid for klagefristen. Forholdene nevnt over, som kan være til hinder for den innsattes reelle klageadgang, kan både virke hver for seg og forsterkes av hverandre. Konsekvensene det vil ha for den reelle klageadgangen for den enkelte er umulig å forutse, og dermed umulig å tallfeste med en tidsfrist om det er hensynet til den innsatte som skal prioriteres. Vi vil likevel si at fristen bør kunne settes ved tre måneder, i hvert fall om det åpnes for senere klageadgang der det er grunn til det. Vi vil understreke at dette ikke må tolkes som et endelig forslag til øvre grense, da det kan være forhold som tilsier at fristen bør være enda lenger, men som er forbigått i denne sammenheng.

Sist vil vi si at det uansett klagefrist er høyst relevant for den innsatte å få vite hva som skal til for at utelukkelsen skal kunne oppheves når det vedtas utelukkelse. Informasjon kan også være viktig at også ansatte har klart for seg. Vedtak om utelukkelse må derfor ikke bare ha en begrunnelse, men det må også fremgå hva som skal til fra den innsattes side for at utelukkelsen skal kunne oppheves.

Anbefalinger

Det bør gis tre måneders klagefrist på vedtak om isolasjon/utelukkelse, med åpning for senere frist i særlige tilfeller. Det må gjerne presiseres at den innsatte kan klage før. Behandlingsfristen bør ikke påvirkes av tidspunktet for når klagen er levert.

Vedtak om utelukkelse må utover begrunnelse også beskrive hva som skal til for at utelukkelsen skal kunne oppheves.

11. Om helsetilsyn

Sivilombudet tegner i Særskilt melding opp et klart og alvorlig utgangspunkt for spørsmål vedrørende helsepersonells rolle og ansvar ved isolasjon og bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng (s. 8):

Det mangler lovgivning og sentrale føringer om ansattes oppfølging av og tilsyn med isolerte innsatte. Videre mangler det lovregler og sentrale faglige føringer som sikrer at helsepersonell følger opp isolerte innsatte på en forsvarlig måte. Det er også klare mangler i helsepersonells kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og manglende kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader.

Under deler vi inn svar om spørsmål vedrørende helsetilsyn i fire deler.

11.1 Behovet for lovfesting av og bedre rutiner for helsetilsyn ved isolasjon

Helsetilsyn ved isolasjon er sentralt for å forebygge og oppdage alvorlig fare for liv og helse, samt krenkelser og umenneskelig behandling. Skandinavisk isolasjonsnettverk er bekymret for hvordan tilsynet

med lovforslaget blir forstått dersom helsepersonells rolle ikke klargjøres overfor de involverte, og for hvorvidt tilsynet i praksis vil gjennomføres etter internasjonale minstestandarder og relevant norsk lovverk.

Begrunnelse: Statens ansvar for og betydningen av rutiner for helsetilsyn

For å kunne varsle fare for liv og helse, må den oppdages. I en hektisk arbeidshverdag i fengslene krever dette klare instruksjoner som gir et systematisk blikk på områder der risikofaktorer er større enn andre.

Isolasjon er et av dem.

Isolasjon i fengsel er et av de mest inngripende maktmidlene den norske staten har til rådighet overfor enkeltindivider²⁶. Isolasjon innebærer samtidig en kombinasjon av flere risikoelementer som forsterker hverandre:

- 1) isolasjon innebærer alvorlig helse- og selvmordsrisiko,
- 2) isolasjon foregår bak lukkede dører,
- 3) den isolerte er fratatt autonomi og anledning til selv å oppsøke fengselshelsetjenesten, samt helsevesenet eller andre utenfor fengselet, når isolasjonen blir vanskelig å bære alene,
- 4) den isolerte er avskåret fra fellesskap med medfanger, som derfor ikke kan følge med og varsle bekymring.

Det er samtidig bred enighet om at risikoen for alvorlig helseskade ved isolasjon er stor, og at den øker for hver dag som går. Samtidig kan velkjente stressreaksjoner og alvorlige helsemessige negative effekter av isolasjon være vanskelige å oppdage, ikke minst for fengselspersonell som står i et maktforhold til den isolerte og som oftest ikke har kompetanse til å gjøre helsefaglige vurderinger. Dette er grunnene til at uavhengig helsefaglig betinget tilsyn under isolasjon, av helsepersonell med god kunnskap om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt og kompetanse om forebygging og avhjelping av slike skader, særlig viktig.

Det verst tenkelige utfallet av kombinasjonen av risikoelementene nevnt over, er selvmord. Det hviler altså et tungt ansvar på staten for å ivareta den isolertes trygghet og helse, og for å sikre seg at isolasjon ikke ender i alvorlig skade eller død. Den norske staten er her forpliktet til å verne retten til liv etter Grunnloven § 93, EMK artikkel 2, SP artikkel 6 og barnekonvensjonen artikkel 6. Staten har også en plikt til å beskytte innbyggernes helse generelt.

Helsetjenestene skal drive oppsøkende virksomhet. Det har også en preventiv funksjon, hvor deres tilsyn og tilstedeværelse også er ment bidra til å redusere mulighetene for at innsatte utsettes for integritetskrenkninger.²⁷

Videre sier Mandela-regel nr. 46.1 at:

²⁶ Rua, M., og Smith, P. S. (2019). 1. Isolasjon - et fengsel i fengselet. I M. Rua og P. S. Smith (red.), *Isolasjon - Et fengsel i fengselet* (s. 15-40). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

²⁷ Se bl.a. Særskilt melding, s. 73.

Health-care personnel shall not have any role in the imposition of disciplinary sanctions or other restrictive measures. They shall, however, pay particular attention to the health of prisoners held under any form of involuntary separation, including by visiting such prisoners on a daily basis and providing prompt medical assistance and treatment at the request of such prisoners or prison staff.

Presiseringen av helsepersonells rolle i forhold til straffen, plasseres her forut for kravet til observasjon og daglig tilsyn av profesjonsetiske grunner og straffepolitiske prinsipper med lange tradisjoner. Disse utfordres når helsepersonell involveres i straff og potensielt skadelige maktmidler, og kan bare overholdes når dilemmaene de skaper gjøres klare for helsepersonell, og de øvrige involverte yrkesutøverne samtidig er kjent med helsepersonells etiske forpliktelser og tiltenkte rolle i vanskelige situasjoner.

Derfor er det av avgjørende betydning at helsepersonell opplyses om, og opplæres i, etiske problemstillinger når de yter helsetjenester i fengsel. Det gjør de ikke i «Nasjonalt faglig råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» som skal erstatte «Veileder IS-1971 Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel», og som Helsedirektoratet har hatt på høring i vår. I den nye veiledende teksten for fengselshelsetjenesten, er ikke fagetikk tematisert eller nevnt. Dette bekymrer oss.

Det er tvert imot sterkt behov for å styrke profesjonsforståelsen og -etikken ved bruk av isolasjon og tvangsmidler. Ved slik styrket forståelse blant yrkesutøvere i fengsel og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, kan helsepersonell også i større grad enn i dag bidra til å forebygge krenkelser og skader ved tvangsmidler, samt potensielt sett redusere bruken av tvangsmidler i de krisepregede situasjonene de settes inn for å endre.

Helsedirektoratet presiserer i forslag til Nasjonalt faglig råd at tilsyn fra helsepersonell ikke er avhengig av og styres av innsattes eller kriminalomsorgens initiativ. Det er viktig. Det samme gjelder for presiseringen knyttet til at fengselsbetjenter eller andre ikke kan erstatte tilsyn fra helsepersonell.

Etter gjeldene regelverk og praksis er det slik at det ikke ligger til fengselshelsetjenesten ansvarsområde å delta i vurderingen med hensyn til bruk av tvangsmidler etter straffegjennomføringsloven § 38. Det er imidlertid presisert at helsepersonellet i fengselet som kjenner den innsatte og forholdene i fengselet, kan, dersom det er hensiktsmessig, gi råd til eksternt helsepersonell eller Kriminalomsorgen.

Vi setter spørsmålstegn ved hvorvidt det er hensiktsmessig å holde fast ved dette utgangspunktet om at fengselshelsetjenesten ikke skal delta i en slik vurdering om bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle. Deler av begrunnelsen for importmodellen hva gjelder helsetjenester, var nettopp at helsepersonell skulle være innsattes advokat i helsespørsmål – og vi vet at beslutninger om bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle ofte tar opp i seg alvorlig helserelatert problematikk. Tvangsmidlene brukes i særlig krisepregede situasjoner, der den innsatte allerede ofte har kommunisert behov for hjelp på andre måter uten å oppfatte seg eller bli hørt eller forstått. Her kan helsepersonell bidra til å redusere bruk av tvangsmidler som innebære stor risiko for alvorlig skade og krenkelser, og som klart egner seg til å forverre helsetilstanden til den innsatte. Så lenge helsepersonell har det klart for seg, og gjør det tydelig for andre, at vedkommende

ikke «klarerer» bruk av tvangsmidler, kan helsepersonell i slike situasjoner være ressurs gjennom å veilede i alternative, konfliktdependende og traumeorienterte tilnærminger i møte med psykisk eller emosjonelt ustabile og/eller hjelpetrengende innsatte.

Like fullt er det sentralt at også ansatte i andre yrkesgrupper som er involvert når isolasjon gjennomføres, er kjent med at dårligere helse eller helsetilbud ikke skal være en del av straffen, og at helsepersonell blant annet derfor ikke skal bidra til straff og isolasjon gjennom sin rolle som tilsyns- og varslingsaktør fra et uavhengig og medisinsk- eller helsefaglig ståsted. Av både profesjonsetiske årsaker, og kunnskap om symptomene på skader eller stressreaksjoner på isolasjon, skal tilsyn aldri behandles eller oppfattes som en medisinsk forhåndsklarering av isolasjon.

Anbefalinger

Det må presiseres i straffegjennomføringsloven at jevnlig tilsyn aldri kan gi grunn til å opprettholde isolasjon, heller ikke i når helsepersonell *ikke* varsler om at isolasjonen må opphøre av helsemessige årsaker.

Det må presiseres i lov eller forskrift at helsepersonells tilsyn ikke gir noen garanti for at skadevirkninger ikke skal utvikle seg eller oppdages, og derfor ikke skal oppfattes eller behandles som en medisinsk forhåndsklarering av isolasjonen.

Justis- og beredskapsdepartementet oppfordres til å invitere Sivilombudet, menneskerettsekspertene, relevante profesjonsetiske råd, forskere, praktikere og andre fagfolk med kunnskap om profesjonsforståelse og -etikk under frihetsberøvelse, til en diskusjon om hvorvidt spørsmålet om helsepersonells rolle i beslutninger om tvangsmidler og isolasjon bør revurderes eller ikke. Diskusjonen vil uansett kunne være en ressurs for ansatte både i Kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenestene, og styrke arbeidet og vurderingene som gjøres.

11.2 Behovet for å styrke beskyttelsen av innsatte i sikkerhetscelle/sikkerhetsseng

Departementets forslag til krav om tilsyn med innsatte på sikkerhetscelle og sikkerhetsseng er ikke tilstrekkelig egnet å ivareta innsattes grunnleggende rettigheter.

Begrunnelse

CPT og Sivilombudet har anbefalt en avvikling av bruk av sikkerhetsseng i fengsel. I 2020 ble det også konstatert at en innsatt ble utsatt for brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjonen art. 3 om forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Dette som følge av utstrakt og under alle omstendigheter svært kritikkverdig bruk av sikkerhetsseng. Kriminalomsorgsdirektoratet har besluttet å avvikle sikkerhetsseng som tvangsmiddel, og arbeider med en handlingsplan for å avvikle bruken innen 2024. Departementet sier seg enig i at det er ønskelig å oppheve sikkerhetsseng som tvangsmiddel i fengsel.

Slik situasjonen er i dag, løper vi en skyhøy risiko for alvorlige menneskerettighetsbrudd i tilknytning til bruk av sikkerhetsseng. Det er derfor svært viktig at Justis- og beredskapsdepartementet, i påvente av endelig konklusjon knyttet til hjemmel for bruk av sikkerhetsseng i fengsel, etableres en overgangsordning.

Det er svært positivt og helt nødvendig at det foreslås skjerpede krav til tilsyn fra ansatte i kriminalomsorgen og ikke minst at det foreslås at Helse- og omsorgstjenesteloven suppleres med regler om at helsepersonell skal føre tilsyn med innsatte som befinner seg på sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng. Departementets foreslåtte krav til tilsyn er imidlertid på langt nær tilstrekkelig egnet å ivareta og sikre den innsatte i den svært alvorlige og sårbare situasjonen bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng representerer.

En overgangsordning må sikre en behandling av den som er underlagt bruk av sikkerhetsseng i fengsel, som er på linje med den behandlingen man har krav på om man er underlagt bruk av sikkerhetsseng i psykiatrien. Ser man for eksempel til hjemmel for bruk av tvangsmidler i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-8, finner man at denne i mye større grad enn straffegjennomføringsloven § 38 er egnet å ivareta sentrale rettsikkerhetsgarantier. Ser man til nevnte bestemmelse, finner man at denne i mye større grad enn gjeldende forslag er egnet å ivareta sentrale rettsikkerhetsgarantier.

Videre er det etter phvl. § 4-8 et tilleggskrav om at pleiepersonell skal oppholde seg i samme rom ved fastspenning, med mindre pasienten motsetter seg dette. Vi kan ikke se at det foreligger momenter som kan forsvare et avvik i krav om tilsyn fra pleiepersonell som styres av hvilken institusjon man oppholder seg i. Det er på ingen måte mindre inngripende å ligge i belter på en sikkerhetsseng i fengsel enn på psykiatrisk post – om noe, så eksisterer det en høyere risiko for at bruk av sikkerhetsseng i fengsel vil kunne utgjøre et inngrep i strid med våre menneskerettslige forpliktelser.

Departementet har foreslått at det skal gjelde et krav om kontinuerlig tilsyn med innsatte som befinner seg på sikkerhetsseng. Dette tilsynet skal gjennomføres av ansatte i fengsel. Når det gjelder tilsyn fra helsepersonell foreslår departementet at innsatte på sikkerhetsseng skal ha tilsyn snarest mulig og minst en gang per dag. Dette er ikke tilstrekkelig til å ivareta og sikre den innsatte. Til sammenligning vil man etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-8 avsnitt fire første setning ha krav på «kontinuerlig tilsyn fra pleiepersonell» (vår utheving).

Tilsyn fra ansatte i fengsel kan ikke sidestilles med tilsyn fra helsepersonell eller pleiepersonell. Godt tilsyn og oppfølging krever som Sivilombudet har påpekt helsefaglig kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader. Det kan også være sider ved maktforholdet mellom ansatte i Kriminalomsorgen og den innsatte som kan bidra til å svekke tilsynet.

Helsepersonell har ansvar for den innsattes helse. Samtidig vet vi at både sikkerhetsseng og sikkerhetscelle benyttes for å unngå alvorlige tilfeller av selvskading og i ytterste konsekvens selvmord. Dette understreker

behovet for helsepersonellens tilstedeværelse i tilfeller av bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle. Dersom vi skal lykkes i å sikre innsatte en reell adgang til lik helsehjelp slik de har krav på og en praksis som samsvarer med våre menneskerettslige forpliktelser, må det stilles krav om felles rutiner mellom helsetjeneste og kriminalomsorg, og helsetjenesten må arbeide oppsøkende.

Anbefalinger

Reglene for helsetilsyn med innsatte underlagt tvangstiltak må reguleres nøye, samt være grundig beskrevet i forskrift. Tilsyn utført av helsepersonell bør gjøres langt hyppigere ved sikkerhetscelle enn i dagens anbefaling, og være kontinuerlig ved bruk av sikkerhetsseng dersom den innsatte ikke motsier seg dette.

Både regelverk, retningslinjer og tilknyttede rutiner må sikre likt vern til mennesker underlagt bruk av tvang, uavhengig av om man oppholder seg i fengsel eller psykiatri.

Tiltak for oppsøkende arbeid, hyppig eller kontinuerlig tilstedeværelse fra helsetjenesten og felles rutiner mellom helsetjeneste og kriminalomsorg, bør utformes som krav og plikter.

11.3 Behovet for lovfesting av rutiner for varsling

Tilsyn utført av helsepersonell er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å unngå eller avverge videre alvorlig skade ved isolasjon. Når slike forhold oppdages av helsepersonell, må både helsetjenesten og Kriminalomsorgen ha klart for seg hvor helse- og medisinskfaglige bekymringer og råd vedrørende isolasjonsregimet som forårsaker dem skal plasseres, og hva det skal lede til. Skandinavisk isolasjonsnettverk er bekymret for at hensikten med helsetilsyn ikke oppnås dersom rutiner for varsling og håndtering av varsling ikke lovfestes.

Begrunnelse: Betydningen av rutiner for varsling og håndtering av varsling

Helsepersonell skal varsle dersom forhold ved fengselet gjør det vanskelig å ivareta helsen til innsatte, jfr. helsepersonelloven. Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene sier det samme. Det følger videre av Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene at helsepersonell skal varsle fengselsleder ved alvorlig helsefare i akutte tilfeller, blant dem ved isolasjon. Det samme gjelder ved mer systematiske hindre som pågår over tid og står i veien for å tilby vanlige helsetjenester. Dette følger av at helsetjenesten har et selvstendig ansvar for at tjenestene som ytes er lik dem som den øvrige befolkningen mottar, etter rettighetsprinsippet, pasient- og brukerrettighetsloven, samt internasjonal rett og retningslinjer på området.

Når helsepersonell ved tilsyn avdekker skadelige soningsforhold eller fare for alvorlig fare for liv eller helse, må det formidles videre og tas på det største alvor av ansatte eller ledere med beslutningsmyndighet i Kriminalomsorgen. Internasjonale minstestandarder for fangebehandling krever dette, og beskriver hvordan varsler skal fremmes og håndteres. Lovforslaget lener seg imidlertid her på Helsedirektoratets veileder for fengselshelsetjenesten, som viser til helsepersonells mulighet og/eller plikt til å varsle

tjenestevei til Statsforvalteren. Det kan de naturligvis gjøre, men det er verken tilstrekkelig etter internasjonale minstestandarder på området, eller for å situasjoner der forhold ved fengslingen utløser helsefaglig bekymring for alvorlig helserisiko i akutte tilfeller eller for mangelfulle helsetilbud over tid. Statsforvalteren eller øvrige organer i helsevesenet har ikke beslutningsmyndighet overfor Kriminalomsorgen, og er derfor heller ikke rette instans å varsle til om bekymringer. Disse må derimot rettes til Kriminalomsorgen, som har beslutningsmyndighet i isolasjonssaker og derfor kan gjøre noe med problemene som avdekkes gjennom tilsyn.

Da Helsedirektoratet lanserte den særnorske fremgangsmåten for håndtering av varsling for første gang i forbindelse med forslag til revidert veileder, og som ble til «Veileder IS-1971 Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel», skapte det mange reaksjoner fra rettspolitiske aktører og medisinske, juridiske og samfunnsvitenskapelige fagmiljøer, blant dem Den norske legeforening. Kritikken gikk ut på at legen ble gitt ansvaret for å dra saken videre til helsebyråkratiet, i en prosess gjennom ulike tjenestelinjer i forvaltningen, og uten tidsfrister – heller ikke i akutte tilfeller²⁸. Tilbakemeldinger fra praksiserfaringer i fengselshelseavdelingene i dag, tyder på at melding til kommunen og/eller til Statsforvalteren eller Helsetilsynet ikke nødvendigvis er eller oppfattes som hjelpsom, heller ikke i tilfeller der tjenestene faktisk melder inn saker. Saksbehandlingen tar dessuten lang tid, og er derfor ikke et varslingsspor som hjelper i akutte situasjoner. Det kan synes som om slike meldinger til en viss grad oppfattes som en formalitet som helseavdelingene først og fremst sender med håp om at det på en eller annen måte kan endre noe på lang sikt. De vet samtidig at instansene de melder til, ikke har myndighet til å pålegge Kriminalomsorgen noe. I praksis betyr dette at det ikke er lag til rette for varsling, med de konsekvensene som ligger i dette for både innsatte og ansatte.

En gruppe fengselsleger skrev i 2013 at alvorlig syke innsattes rettssikkerhet ikke var sikret med den reviderte veilederen for fengselshelsetjenesten, og minte om at det for den enkelte innsatte kan være et spørsmål om liv og død²⁹. I de ti årene som er gått etter at legene ga denne alvorlige advarselen, har dessverre gitt en rekke eksempler på at de hadde rett.

Helsedirektoratet hevde at beskrivelsen av fremgangsmåten de angir ved varsling om helseskadelige soningsforhold «er i tråd med det europeiske fengselsregelverket» (PDF-versjon av Nasjonalt faglig råd, s. 8). Påstanden ble imidlertid ettertrykkelig tilbakevist under og i forbindelse med høringen om veilederen i 2012³⁰. Denne kritiske påpekingen er dessuten gjentatt en rekke ganger siden. Norge har ikke reservert

²⁸ Se Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

²⁹ «Hvor vondt skal det gjøre?», kronikk av Karlsen, K, L'abée-Lund, H. K. og Wedervan-Resell, i Klassekampen 05.02.2013, s. 21.

³⁰ Høringen i 2012 og den påfølgende debatten om Helsedirektoratets veileder for fengselshelsetjenesten i 2013, det vil si veilederen som Nasjonalt faglig råd skal erstatte. Høringsprosessen og kritikken er beskrevet i Rua, M. (2015). *Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt*. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. URL: https://bit.ly/Rua_2015

seg fra deler av reglene slik det er anledning til (se for eksempel Danmarks reservasjon nevnt på s. 29 i reglene). Kriminalomsorgen har heller ikke bedt om dette, men lenker i stedet til reglene på sine nettsider og har integrert dem i interne styringsdokumenter (se blant annet «Yrkesetiske retningslinjer for Kriminalomsorgen»). Det er derfor vanskelig å se hva slags hensyn som ligger til grunn for at man i Norge skal kunne heve seg over reglene, eller lage egne løsninger som avviker fra dem på grunnleggende måter.

Alvoret i situasjonene det er snakk om, og som de aktuelle reglene i Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene er ment å bane vei for å løse, ligger i at helsepersonell ser eller bekymrer seg for fare for innsattes liv eller helse som følge av soningsforhold. Når de ikke har noe sted å gå med sine bekymringer som hjelper på situasjonen, blir de stående igjen med kunnskap om hva som skal til for å gi god helsehjelp, og fortvilelsen over ikke å kunne gi den. Dersom feilen ikke rettes, vil det samtidig gi svært uheldige signaler både internt i Norge og til våre internasjonale samarbeidspartnere, og vil kunne oppfattes som et bidrag til å undergrave internasjonalt samarbeid, internasjonalt reformarbeid og den rettslige utviklingen på området.

Helsedirektoratet har siden 2013 angitt en løsning for håndtering av varsling av skadelige soningsforhold eller fare for alvorlig skade eller død ved isolasjon, der Kriminalomsorgen gis myndighet til å avgjøre saker om innsattes helse uten at det stilles krav til at beslutningstakeren har medisinsk kompetanse. Dette er et klart brudd på nasjonalt lovverk og internasjonale retningslinjer, og sentrale prinsipper i norsk kriminal- og helsepolitikk³¹. Det er likevel linjevalget og mangelen på tidsfrister, også i akutte tilfeller, i slike saker det er knyttet størst problemer til her, og som klart bryter med internasjonale minstestandarder på området³².

Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene gir Kriminalomsorgen ved fengselslederen ansvaret for umiddelbart å løfte saken på høyere nivå dersom vedkommende er uenig med medisinsk- eller helsefaglige vurderinger vedrørende innsattes helse.

De europeiske fengselsreglene sier at:

45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits according to Rules 43 and 44 and, when in agreement with the recommendations made, shall take immediate steps to implement them.

45.2 If the recommendations of the medical practitioner are not within the director's competence or if the director does not agree with them, the director shall immediately submit the advice of the medical practitioner and a personal report to higher authority.

Mandela-reglene sier at:

³¹ Rua, M. (2013). Annen helsestandard for fanger, Kronikk. Dagbladet, s. 50-51.

³² Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

35.2 The prison director shall take into consideration the advice and reports provided in accordance with paragraph 1 of this rule and rule 33 and shall take immediate steps to give effect to the advice and the recommendations in the reports. If the advice or recommendations do not fall within the prison director's competence or if he or she does not concur with them, the director shall immediately submit to a higher authority his or her own report and the advice or recommendations of the physician or competent public health body.

Hva denne *høyere myndigheten* er («a higher authority»), avhenger av det substansielle innholdet i anbefalingen og organiseringen av justis- og helsesektoren i det aktuelle medlemslandet. Det følger likevel klart av kravet til bl.a. likeverdige helsetjenester i minstestandardene at beslutningen må fattes av en person som har medisinskfaglig kompetanse til å vurdere saken. Forløpet i prosessen må også møte kravet reglene stiller om rask handling uten unødig opphold, slik at akutte situasjoner ikke får utvikle seg i ytterligere negativ retning, gjøre uopprettelig skade eller forvolde død.

Etter minstestandardene skal helsepersonell varsle Kriminalomsorgen ved fengselsleder dersom forhold ved fengselet gjør det vanskelig å ivareta innsattes helse både i akutte og i mindre akutte situasjoner. Dette følger av det overordnede og selvstendige ansvaret helsetjenesten har for at tjenestene som ytes er lik dem som den øvrige befolkningen mottar, og at grunnleggende behov for næring, hygiene osv. dekkes. På den ene siden, gjelder varsling for akutte tilfeller av alvorlig helsefare bl.a. ved isolasjon. På den andre, gjelder det for tilfeller av mer systematiske hindre som pågår over tid. Her behøver ikke forholdene representere helsefare, men kan likevel være av stor betydning for den enkelte eller innebære uante, alvorlige konsekvenser senere. Det kan naturligvis være nødvendig og/eller påkrevet også å varsle tjenestevei/i helselinja, dvs. til Helsetilsynet eller Statsforvalteren, avhengig av sakens karakter. Disse har imidlertid ikke myndighet til å instruere fengselslederen som i første omgang er varslet, eller Kriminalomsorgens øvrige nivåer for øvrig.

Ved å gi *fengselslederen* ansvaret for å løfte saken på et høyere nivå, innebærer Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene at vanskeligheter med å ivareta innsattes helse som følge av fengselets vurderinger og beslutninger *plasseres på riktig sted* og ikke minst *synliggjøres for Kriminalomsorgen*. Minstestandardene fordrer også umiddelbar handlingsplikt, slik at årsakene kan identifiseres, tiltak initieres og gjennomføring sikres på en tidsadekvat måte.

Flaskehelsen kan i slike situasjoner ligge i statlige og kommunale etater som ligger utenfor Kriminalomsorgens ansvarsområde og beslutningsmyndighet, som psykiatrien eller rettsvesenet. For eksempel er det varetektinnsatte som blir holdt isolert over mange måneder mens de stadig blir sykere i påvente av for eksempel rettspsykiatrisk vurdering. I slike situasjoner står ansatte i fengsels- og helseavdelingene maktesløse tilbake mens de bevitner at den isolerte utvikler alvorlige isolasjonsskader, fordi de ikke selv har myndighet til å gjøre noe med årsaken til situasjonen.

Når De europeiske fengselsreglene og Mandela-reglene gir fengselslederen ansvaret for å løfte saken til et høyere nivå, gir det derimot fengselslederen anledning til å adressere problemet til personer på nivåer med myndighet til å ta tak i saken. Hvilke og hvilket nivå av offentlige etater som deretter skal kontaktes, og hvordan problemet skal løses, vil imidlertid variere fra sak til sak. For eksempel kan det være nødvendig å reise en sak på et høyere nivå i Kriminalomsorgen, som deretter kan reise problemstillingen overfor spesialisthelsetjenesten, i tilfeller der innsatte blir holdt i langvarig og skadelig isolasjon i påvente av rettspsykiatrisk vurdering eller plass på psykiatrisk institusjon. Fokuset må være raskt å koordinere aktører og tiltak på tvers av statlige etater til beste for den innsatte.

Det er videre sentralt at beslutningen som fattes «på høyere nivå» ikke fattes av personer uten helse- eller medisinsk faglig kompetanse til å vurdere fengselshelsetjenestens råd/rapporten i saken.

Poenget er, som Sivilombudet også påpeker, at det er et «samlet ansvar for kriminalomsorgen og helsetjenesten å sikre at innsatte mottar den helsehjelpen vedkommende trenger og har rett på. Det er viktig at dette ansvaret ikke pulveriseres som følge av ansvarsfordelingen mellom dem.» (Særskilt melding, s. 70). Målet med klare rammer for ansvar i tilfeller av enten uenighet rundt medisinsk- eller helsefaglige råd og rapporter, eller skadelige soningsforhold det er vanskelig å finne løsninger på for Kriminalomsorgen lokalt, er godt samarbeid som *ikke går på bekostning av eller står i konflikt med innsattes rettigheter og helseinteresser.*

Av samme grunn ble den norske importmodellen innført i 1986-87. De skjedde samtidig med at det daværende Sosial- og helsedirektoratet gjennomgående understreket legens rolle som innsattes «advokat i helse spørsmål»³³. Om helsepersonell derimot ikke tar hensynet til den innsattes helse i forsvar, er det den innsatte som lider under dette. Det er fordi fengselet først og fremst har som oppgave å holde ro, orden og sikkerhet. Kriminalomsorgen må på sin side kunne ivareta dette samfunnsoppdraget, i trygg forvisning om at helsetjenestene ivaretar sitt. Kriminalomsorgen er også avhengig av at helsepersonell varsler om det når fengselshensyn får for store konsekvenser for innsattes helse for å kunne unngå fatale utfall av skadelig isolasjon, der det verst tenkelige er selvmord.

Det må derfor gis lovfestede angivelser av hvem som skal motta varslings ved risiko for alvorlig helseskade ved isolasjon, og hvordan medisinsk- og helsefaglige bekymringer og råd vedrørende fengslingssituasjonen, inkludert ved isolasjon, skal følges opp av Kriminalomsorgen som har ansvaret for situasjonen som utløser varslings. Rutinene for dette må følge internasjonale minstestandarder på området.

Norge har tilsluttet seg De europeiske fengselsreglene uten å be om unntak fra reglene. Å implementere reglene, og gjøre dem forpliktende gjennom lovfesting, bør derfor være en enkel og uproblematisk måte å

³³ Helsedirektoratet (1987): Faglig veileder for Fengselshelsetjenesten. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-87, s. 2, 4, 11, 12 og 18. Advokatbegrepet og tilsvarende terminologi har endret seg i senere revisjoner, se Rua, 2012, s. 65-69 og Rua, 2015.

oppnå formålet med tilsynskravet. Det vil også være i tråd med hva forskere, praktikere og sentrale aktører på feltet i Norge har argumentert for i snart 15 år.³⁴

Anbefalinger

Straffegjennomføringsloven må gi en beskrivelse av rutiner for varsling og håndtering av helse- og medisinskfaglige bekymringer og råd der tilsyn avdekker skadelige helseforhold og fare for liv og helse etter internasjonale minstestandarder. Det kan enklest gjøres ved i størst mulig grad å gjengi De europeiske fengselsreglene, som per i dag gir den beste angivelsen for dette:

43.3 The medical practitioner shall report to the director whenever it is considered that a prisoner's physical or mental health is being put seriously at risk by continued imprisonment or by any condition of imprisonment, including conditions of solitary confinement.

45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits according to Rules 43 and 44 and, when in agreement with the recommendations made, shall take immediate steps to implement them.

45.2 If the recommendations of the medical practitioner are not within the director's competence or if the director does not agree with them, the director shall immediately submit the advice of the medical practitioner and a personal report to higher authority.

11.4 Tilsyn og oppfølging tar ressurser fra ordinær helsehjelp

Fengselshelsetjenestene er underfinansiert, samtidig som det har vært et økende sykdomstrykk i fangebefolkningen i de senere årene. Oppfølging av behov for ordinær helsehjelp i fengslene lider i tillegg under økt behov for tilsyn og oppfølging som følge av mye innlåsing. Oppfølging av varetektsinnsatte krever i tillegg mye av helsetjenesten i fengsler med mange varetektsplasser.

Begrunnelse

Innsattes helse og helsetjenestetilbud har etter innføringen av Den norske importmodellen vært en lite prioritert del av helsevesenet kommunalt, regionalt og nasjonalt.³⁵ Det er per i dag ingen tegn til at dette vil endres i positiv retning, snarere tvert imot så lenge fengselshelsetjenesten pålegges enda flere oppgaver med de nye retningslinjene i Helsedirektoratets faglige råd til tjenesten. I tillegg kommer endringer i straffegjennomføringsloven som følge av implementeringen menneskerettslige krav på området, som igjen

³⁴ Se Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. In K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

³⁵ Rua, M. (2012). Hva gjør fengselsleger? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse. Forord ved Thomas Mathiesen. Oslo: Institutt for kriminologi og retts sosiologi, Universitetet i Oslo/Akademika forlag.

gir helseavdelingene flere plikter og mer arbeid, ikke minst når det kommer til tilsyn og rapportering ved skader i isolasjon.

Innsettelse i varetekt krever inntakssamtale og ekstra oppfølging av innsatte som allerede har eller får behov for helsehjelp. Oppfølging av innsatte i den særlig sårbare fasen etter innsettelse krever større innsats enn senere i varetektsforløpet og ikke minst etter en evt. dom. Oppfølging under og i perioden etter nyinnsettelse av varetektsfanger gir fengselshelsetjenesten merarbeid sammenliknet med oppfølgingen av domfelte. Den totale arbeidsmengden i en fengselshelseavdelingen varierer dermed blant annet etter hvor mange varetektsplasser og hvor stor andel av plassene totalt som det aktuelle fengselet har.

Det er behov for bedre oversikt over hvordan både ressursituasjonen i fengselshelseavdelingene og forhold ved fengslene påvirker hvordan de innsattes helse og helserettigheter ivaretas. Det er behov for å styrke finansieringen av helseavdelingene i fengsler der det er mye isolasjon, innlåsing og varetektsfengsling. Oppfølging av isolerte innsatte tar allerede i dag en stor andel av tilgjengelig tid og ressurser i fengsler med mye isolasjon og innlåsing.

Kommuner som har fengsel de må ute helsetjenester i, er ikke selv skyld i mengden innlåsing og isolasjon, eller andelen varetektsplasser i fengselet i sin kommune. Kommunen bør ikke belastes for kostnader som følger av at helseavdelingen ikke er riktig dimensjonert etter disse forholdene, og at de varierer. Finansiering av merkostnader som følge av å yte helsetjenester i et fengsel med mye innlåsing og isolasjon, eller en stor andel varetektinnsatte, bør derfor sikres gjennom sentrale overføringer.

Anbefalinger

Som en del av endringsprosessen som lovendringsforslaget inngår i, bør Justis- og beredskapsdepartementet ta initiativer som bidrar til at helsemyndighetens endrer sine prioriteringer på området, inkludert til å avsette tilstrekkelig ressurser til å heve kompetansen om helsetjenesteyting i fengsel på nasjonalt og lokalt nivå og styrket bemanningsnorm for fengselshelsetjenesten.

Justis- og helsedepartementet bør i samarbeid med Helsedepartementet utrede hvorvidt Kriminalomsorgsdirektoratet eller Helsedirektoratet skal finansiere ekstra bemanning i helseavdelingen når bruken av isolasjon er så høy at dette kreves for å møte tilsynskravene i straffegjennomføringsloven.

Det bør i denne sammenhengen diskuteres løsninger for at helseavdelingens oppgaver overfor varetektinnsatte medfører at det kreves mer ressurser til slikt arbeid i fengsler med mange varetektsplasser, enn i fengsler med færre varetektsplasser.

12. Behovet for kunnskap for å forebygge isolasjon og isolasjonsskader

Den viktigste oppgaven som må løses for å redusere bruk og skade av isolasjon, er å fjerne årsaker til at isolasjon i det hele tatt blir aktuelt å beslutte: Mangel på meningsfulle aktiviteter, fellesskap og gode

relasjoner kan skape frustrasjon og konflikt. Mangel på adekvat og tilstrekkelig helsehjelp kan forverre eller utløse psykisk sykdom og selvskading.

Men mangel på kunnskap om alternative strategier og tiltak i møte med frustrasjon, konflikt, livskriser, utagering og selvskading, kan også bidra til å øke bruken av isolasjon i seg selv. Lovendringene bør derfor følges opp av økt innsats for å styrke kunnskapen om forebygging og alternativer til isolasjon blant dem som arbeider i fengsel.

Begrunnelse: Kunnskap forebygger isolasjon og isolasjonsskader

Sivilombudets vurdering i Særskilt melding er at det er alvorlige mangler i norsk fengselshelsetjeneste hva gjelder systematikk i tilsynet med og oppfølgingen av isolerte, samt i kunnskapen om isolasjonens effekter og hvordan de best kan møtes. Sivilombudet finner blant annet at «Det er også klare mangler i helsepersonells kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og manglende kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader.» (Særskilt melding, s. 8). Disse manglene representerer klare brudd på internasjonale minstestandarder for fangebehandling.

Det er behov for økt og jevnlig opprettholdelse/tilførsel av kunnskap om isolasjonens skadevirkninger blant ansatte i Kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten. Kriminalomsorgen har allerede gjort mye på dette området blant sine ansatte. Det er særlig ansatte i fengselshelsetjenestene som mangler fagmiljøer og systematiske opplæringsprogrammer som setter dem bedre i stand til å føre tilsyn, oppdage skadevirkninger, lindre, rapportere og bidra med skadeforebygging og skadereduksjon på andre måter under og etter isolasjon fra sin særlige og uavhengige posisjon som ansatte i helsevesenet. Blant annet anbefaler FNs spesialrapportør mot tortur at innsatte bør vurderes av helsepersonell med særlig opplæring i å foreta vurderinger av psykisk helsetilstand³⁶.

Det er likevel ikke nok å kjenne til de negative konsekvensene for at isolasjon i større grad skal kunne unngås og dermed reduseres. Isolasjon må sies å være en følge av akutte hendelser eller situasjoner over tid der involverte ansatte gjennom sin respons potensielt og faktisk bidrar til et positivt eller negativt utfall, inkludert de negative der isolasjon fattes på bakgrunn av forhold ved den innsatte selv. Eksistensielle kriser, sorg, sinne, frustrasjon eller andre stressreaksjoner hos de innsatte forstås oftere enn nødvendig som utagerende eller truende atferd som krever isolasjon som svar. For å unngå at isolasjon blir utfallet av slike situasjoner, må de ansatte som står i situasjonen kjenne til hva de kan gjøre for å unngå at ulike uttrykk for krisepregede, traumeforsterkede, angstfylte eller tilsvarende sinnstilstander ikke forsterkes, og til kommunikasjonsformer og atferd som bidrar til å deeskalere situasjonen.

Situasjoner som fører til isolasjon kan oppstå i alle avdelinger. Det er derfor behov for økt kunnskap om konfliktdepende og empatisk kommunikasjon og traumeorienterte tilnærminger blant *alle* ansatte i Kriminalomsorgen som jobber tett på innsatte i det daglige. Det undervises i slike metoder på et

³⁶ Méndez, Juan E., UN Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, : note / by the Secretary-General, 2011, A/66/268, avsnitt 100.

spesialemerne om isolasjon ved Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter (KRUS) i dag, men det bør i større grad gis opplæring i disse metodene til alle ansatte i alle avdelinger.

Skadereduksjon og -forebygging foregår i et samarbeid mellom ansatte i Kriminalomsorgen og ansatte i disse tjenestene, og det må derfor også kompetansehevingen på området gjøre dersom samarbeidet om og oppfølgingen av isolerte skal bli bedre.

Anbefalinger

Departementet bør gjennom oppdragsbrev forplikte Kriminalomsorgen til å innføre og opprettholde systematisk opplæring og videreutdanning om alternative tilnærminger og metoder for å unngå isolasjon i forbindelse med konfliktfylte situasjoner, risikoene og stressreaksjonene ved isolasjon, samt om skadereduserende atferd og tiltak ved isolasjon.

Vi oppfordrer samtidig Justis- og beredskapsdepartementet til å initiere samarbeid mellom Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet for opprettelsen av tiltak på nasjonalt nivå som kan forbedre kunnskapen og samarbeidet om skadereduksjon ved isolasjon mellom Kriminalomsorgen og helsetjenestene lokalt.

13. Behovet for digital inkludering og informasjon om rettigheter

Den svært begrensede tilgangen innsatte har på informasjon om blant annet rettigheter, internasjonale minstestandarder, nasjonale hjelpetiltak og velferds- og helsetjenester, er til hinder for deres rettssikkerhet og rehabilitering, og for deres muligheter til å ivareta sine rettigheter når de utsettes for isolasjon og tvangsmidler.

Begrunnelse: Digital ekskludering og

Straffegjennomføring i fengsel skaper digital ekskludering og utenforskap³⁷. Samtidig er tilgang til informasjon om egne rettigheter og muligheter viktig for å kunne ivareta seg selv og egne interesser, for eksempel for å kunne ta ansvar for egen helse, planlegge livet etter løslatelse eller beskytte seg mot krenkelser. Tilgangen på informasjon er derimot svært begrenset i fengslene, og i en grad det er vanskelig å se noen god begrunnelse for i dag.

Det er i utgangspunktet skoleavdelingene som har tilgang på PC og internett. Tilgangen på nettet og restriksjonene ligger i Kriminalomsorgen. Det er ulik praktisering av reglene etter sikkerhetsnivå og fra fengsel til fengsel. Selv om Kriminalomsorgen har åpnet tilgang på noe over tid, er det fortsatt alt for lite. Informasjonsbegrensningene overfor de innsatte gir problemer på en rekke områder, og i økende grad med

³⁷ Stokke, M. S. (2023). Digitalt utenforskap: Om tilgang til helse- og velferdsrettigheter etter soning. *Kritisk juss*, (1-2), 99-115.

overgangen til et nært heldigitalt samfunn. Disse problemene er ikke bare til hinder for de innsatte selv, men skaper også unødvendige hindre og arbeid for Kriminalomsorgens ansatte.

Uten tilgang på for eksempel nav.no og helsenorge.no er det umulig for innsatte selv å ta ansvar for egen rehabilitering og helse. De har heller ikke tilgang på helse- og helserettighetsinformasjon som for eksempel Nasjonalt faglig råd for helse- og omsorgstjenesten i fengsel, fra pasient- og brukerorganisasjoner, Statsforvalteren, Helsetilsynet, Barneombudet og Pasient- og brukerrettighetsombudet. Innsatte har heller ikke tilgang til informasjon som er direkte relevant for deres situasjon, som nettsidene til Kriminalomsorgen, Sivilombudet, Lovdata, Wayback, Norsk forening for Kriminalreform - KROM, JussBuss, JURK, For fangers pårørende, Skandinavisk isolasjonsnettverk, Røde kors osv.

Nyere forskning viser at digitalt utenforskap oppstår under soning og vedvarer etter løslatelse, og at de innsatte opplever digitale hindringer i møte med den offentlige forvaltningen³⁸. Den digitale ekskluderingen eksisterer på flere nivåer, ved tilgang, kunnskap og utbytte. Begrensninger i data- og internettilgang i fengsel gir dårlige forutsetninger både for å opprettholde digital kompetanse og for å følge den digitale utviklingen. Samtidig er digital kompetanse i økende grad avgjørende for rettighetsrealisering i møte med offentlige digitale tjenester. Stadig mer rettighetsinformasjon og -kommunikasjon foregår for eksempel på nettsidene til Nav og Helsenorge. Digital ekskludering innebærer risiko for rettighetstap, blant annet grunnet utfordringer tilknyttet elektronisk identifikasjon.

Det følger av normalitetsprinsippet, rettighetsprinsippet og ambisjonen om rehabilitering og tilbakeføring etter endt soning i norsk straffepolitikk, at innsatte inkluderes i den digitale delen av samfunnet. Vi mener at disse prinsippene tilsier at utgangspunktet bør være at innsatte har tilgang på et åpent internett i fengsel. Tilgangen må være basert på tillit, mulighet for kontroll og sanksjoner. Vi er altså enige i at det skal være kontroll av innsattes tilgang på internett, og det finnes i dag gode løsninger for dette. Begrensninger må imidlertid utgjøre unntaket, og ikke omvendt: at tilgang på informasjon og internett er unntaket.

De grunnleggende prinsippene i Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene legger dessuten vekt på viktigheten av å gi informasjon til fanger om deres rettigheter, og relevante regler og prosedyrer innenfor fengselssystemet. Dette innebærer at innsatte bør ha tilgang til informasjon som forklarer deres rettigheter og regler som gjelder for dem. Det er derfor et problem i dag at innsatte ikke har tilgang på internasjonale minstestandarder for fangebehandling, der Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene er særlig sentrale. Dersom Norge skal oppfylle formålet med disse minstestandardene, bør de oversettes, trykkes på papir og distribueres i fengslene.

Anbefalinger

Justis- og beredskapsdepartementet bør kartlegge innsattes tilgang og begrensninger på informasjon og digitale tjenester, og utrede grundig hvilke restriksjoner Kriminalomsorgen har satt på tilgjengelige

³⁸ Stokke, M. S. (2023). Digitalt utenforskap: Om tilgang til helse- og velferdsrettigheter etter soning. *Kritisk juss*, (1-2), 99-115. Følgende avsnitt bygger på og gjengir deler av denne artikkelen.

nettsider for innsatte som er nødvendige og forholdsmessige av hensyn til kontroll og sikkerhet, opp mot de innsattes demokratiske og helserettslige rettigheter, og menneskerettslige standarder og anbefalinger.

Justis- og beredskapsdepartementet bør utrede digitale hindringer i møte med den offentlige forvaltningen og andre konsekvenser av digital ekskludering blant innsatte, og tiltak som kan styrke den digitale inkluderingen av innsatte i samfunnet under og etter soning.

Justis- og beredskapsdepartementet bør sørge for at Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene oversettes til relevante språk³⁹, trykkes og distribueres i alle fengselsavdelinger i Norge.

³⁹ Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene understreker viktigheten av å sikre at innsatte er informert om sine rettigheter og reglene som regulerer driften og hverdagen i fengslene. Nasjonale myndigheter bør derfor strebe etter å gi innsatte informasjon på et språk de forstår. Kriminalomsorgsdirektoratet oversatte for eksempel den ovennevnte informasjonsserien om isolasjon utarbeidet av Skandinavisk isolasjonsnettverk til albansk, arabisk, engelsk, fransk, litauisk, polsk, rumensk, russisk og spansk i 2020. Både FN og Europarådet har samtidig oversatt sine minstestandarder til en rekke språk, og disse versjonene er fritt tilgjengelige for bruk.